

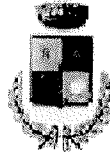
CITTÀ DI PATERNÒ - CAPOFILA



PATERNÒ



BELPASSO



RAGALNA



ASP - CATANIA

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 18

ALLEGATO SUB C

BONUS CAREGIVER DISABILI GRAVISSIMI

INDIVIDUAZIONE NOMINA DEL CAREGIVER E ISTANZA DI BONUS

Al Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

Il sottoscritto/La sottoscritta

COGNOME _____ **NOME** _____

in proprio o

nella qualità di (genitore / tutore / curatore / Ads) _____ del disabile di nome _____

LUOGO DI NASCITA _____ **DATA DI NASCITA** _____

INDIRIZZO _____ **TEL.** _____

COMUNE DI RESIDENZA ASSISTITO/A

DISABILE:

☐ Grave giusta provvedimento del _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000 che

PROPRIO CAREGIVER

AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 255, DELLA LEGGE N. 205/2017 E DELL'ART. 33, COMMA 3, LEGGE N. 104/92
è esclusivamente il Sig./la Sig.ra

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

E
COMUNE DI BELPASSO
Comune di Belpasso
Protocollo N. 0037607/2026 del 03/09/2026

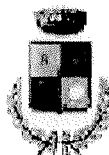
CITTÀ DI PATERNÒ - CAPOFILA



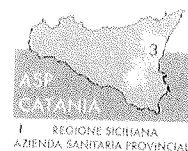
PATERNÒ



BELPASSO



RAGALNA



ASP - CATANIA

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 18

Indirizzo _____ tel. _____

residente _____

nominato dall'anno _____

Data e Luogo _____

Il disabile/legale rappresentante (firma)

Il Caregiver (firma)

E

COMUNE DI BELPASSO
Comune di Belpasso

Protocollo N. 0037607/2026 del 03/09/2026

CITTÀ DI PATERNÒ - CAPOFILA



PATERNÒ



BELPASSO



RAGALNA



ASP - CATANIA

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 18

ISTANZA DEL CAREGIVER DISABILE GRAVE ANNUALITÀ 2022

Il/La sottoscritto/a _____

nat. a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

n. _____ Codice Fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

nella qualità di Caregiver esclusivo del disabile _____

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

CHIEDE

☐ il contributo economico una tantum per il sostegno al ruolo di cura e di assistenza in favore di _____, nato a _____ il _____ residente a _____, riconosciuto disabile **gravissimo** ai sensi dell'art. 3, del D.M. 26 settembre 2016 dal _____ (indicare l'anno);

☐ il contributo economico una tantum per il sostegno al ruolo di cura e di assistenza in favore di _____, nato a _____ il _____ residente a _____ e deceduto a _____ il _____, riconosciuto disabile **gravissimo** ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal _____ (indicare l'anno) (dichiarazione da rilasciare solo con riferimento ai disabili deceduti alla data di pubblicazione dell'Avviso).

A TAL FINE DICHIARA

- di essere Caregiver ai sensi dell'art. 1, comma 255, della Legge n. 205/2017 e dell'art. 33, comma 3, della L. 104/92 (indicare il grado di parentela) _____
- che il disabile grave possiede la certificazione di cui alla L. 104/1992, art. 3, comma 3, o la certificazione di invalidità ai sensi della L. 18/1980 con punteggio del 100% e il riconoscimento della impossibilità a svolgere gli atti quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore;
- di assicurare attività di cura e assistenza alla persona assistita.

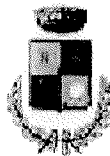
CITTÀ DI PATERNÒ - CAPOFILA



PATERNÒ



BELPASSO



RAGALNA



ASP - CATANIA

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 18

Allega alla presente:

- fotocopia del documento di identità e del codice fiscale del Caregiver;

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili", i seguenti documenti:

- copia del certificato di invalidità e/o del certificato di cui alla L. 104/92 con diagnosi del soggetto a cui presta (o ha prestato) la propria attività di Caregiver, da cui si desuma la necessità di aiuto permanente;
- dichiarazione conto corrente su cui accreditare il contributo (**Allegato D**).

E
COMUNE DI BELPASSO
Comune di Belpasso
Protocollo N. 0037607/2026 del 03/09/2026

Il Comune di residenza effettuerà i dovuti controlli con le autorità competenti.

Il/La Sig./Sig.ra _____ autorizza al trattamento dei dati, inclusi quelli di natura sanitaria, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy.

Data e Luogo _____

Il disabile/legale rappresentante (firma)

Il Caregiver (firma)